

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. *Secsio caesarea*

a. Definisi *secsio caesarea*

Sectio caesarea adalah suatu pembedahan yang bertujuan untuk melahirkan seorang bayi lewat insisi pada dinding *abdomen* bawah dan *uterus* (Oxorn, 2010). Menurut Winkjosastro (2010) *Sectio Caesarea* adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin >500 gr. Indikasi dalam *sectio caesarea* dibagi menjadi dua, yaitu indikasi *absolut* atau *relatif*. Indikasi *absolut* adalah setiap keadaan yang membuat kelahiran lewat jalan lahir tidak mungkin terlaksana. Faktor yang mempengaruhi antara lain kesempitan panggul yang sangat berat dan *neoplasma* yang menyumbat jalan lahir. Indikasi *relatif* adalah kelahiran secara normal dapat terlaksana tetapi dengan beberapa resiko sehingga kelahiran lewat *sectio caesarea* menjadi lebih aman bagi ibu, janin ataupun keduanya (Oxorn, 2010).

b. Indikasi *secsio caesarea*

Menurut Oxorn (2010), indikasi *sectio caesarea* yaitu :

- 1) Panggul sempit dan *dystocia* mekanis; *disproporsi fetopelik*, panggul sempit atau janin terlampau besar, malposisi dan malpresentasi, disfungsi *uterus*, *dystocia* jaringan lunak, *neoplasma* dan persalinan yang tidak maju.
 - 2) Pembedahan sebelumnya pada *uterus*; *sectio caesarea*, *histerektomi*, *miomektomi ekstensif* dan jahitan luka pada sebagian kasus dengan jahitan *cervical* atau perbaikan ostium *cervicis* yang inkompeten dikerjakan *sectio caesarea*.
 - 3) Perdarahan; disebabkan *plasenta previa* atau *abruption plasenta*.
 - 4) *Toxemia gravidarum*; mencakup *preeklamsi* dan *eklamsi*, hipertensi *esensial* dan *nephritis* kronis.
 - 5) Indikasi *fetal*; gawat janin, cacat, *insufisiensi plasenta*, *prolapses funiculus umbilicalis*, diabetes maternal, *inkompatibilitas rhesus*, *post moterm caesarean* dan infeksi virus herpes pada *traktus genitalis*.
- c. Kontraindikasi

Beberapa kontraindikasi dalam pembedahan *sectio caesarea* meliputi janin dalam keadaan mati, ibu hamil yang mengalami syok, anemia hebat sebelum diatasi dan kelainan kongenital (Prawirohardjo, 2009).

d. Komplikasi post *secsio caesarea*

Persalinan dengan operasi memiliki komplikasi lima kali lebih besar daripada persalinan alami (Sukowati, 2010). Menurut Winkjsastro (2007), komplikasi pada ibu post sectio caesarea yaitu:

1) Syok

Syok disebabkan oleh beberapa indikasi, antara lain : *hemoragi*, *sepsis* (infeksi), *neurogik* (ketidakcukupan aliran darah tubuh), dan *kardiogenik* (ketidakmampuan jantung memompa darah yang cukup), atau kombinasi antara berbagai sebab tersebut.

2) *Hemoragi*

Hemoragi post operasi ditimbulkan karena jahitan terlepas atau karena usaha penghentian darah yang kurang sempurna.

3) Infeksi saluran kemih pada luka

Pasien *post partum* beresiko mengalami masalah perkemihan. Masalah perkemihan atau kesulitan berkemih dapat disebabkan karena trauma jaringan, pembengkakan, dan riwayat perineal. Infeksi juga dapat timbul pada luka operasi karena perawatan dan gaya hidup yang buruk.

4) Terbukanya luka operasi dan *eviserasi*

Penyebab terbukanya luka operasi *post* pembedahaan ialah luka tidak dijahit dengan sempurna, *distensi* perut, batuk atau muntah keras, infeksi dan *debilitas* pada pasien.

5) *Tromboflebitis*

Tromboflebitis adalah infeksi vena dengan pembentukan bekuan, yang sering terjadi pada *vena femoralis*. Insiden *tromboflebitis* setelah kehamilan relatif tinggi, terutama pada persalinan dengan *sectio caesarea* dan infeksi *post partum*.

e. Dampak nyeri *post sectio caesarea*

Terdapat beberapa dampak negatif yang ditimbulkan karena nyeri *post sectio caesarea*, yaitu mobilisasi fisik menjadi terbatas, terganggunya *bonding attachment*, terbatasnya *activity daily living* (ADL), Inisiasi menyusui dini (IMD) tidak terpenuhi dengan baik, berkurangnya nutrisi bayi karena ibu masih nyeri akibat operasi, menurunnya kualitas tidur, menjadi stress dan cemas atau ansietas, dan takut apabila dilakukan pembedahan kembali (Sousa, 2013). Dampak lain yang disebabkan oleh nyeri *post sectio caesarea* adalah morbiditas meningkat dan menyebabkan lama tinggal pasien di rumah sakit (Harmillah, 2021).

2. *Spinal anestesi*

a. Definisi *spinal anestesi*

Anestesi spinal adalah *anestesi regional* dengan tindakan penyuntikan obat anestetik lokal ke dalam ruang *sub arakhnoid*. *Anestesi spinal* disebut juga sebagai *blok spinal intradural* atau *blok intratekal*. *Anestesi spinal* dihasilkan bila kita menyuntikkan obat analgesik lokal ke dalam ruang *sub arachnoid* di daerah antara

vertebra Lumbal 2 dan Lumbal 3, Lumbal 3 dan Lumbal 4 atau Lumbal 4 dan Lumbal 5 (Morgan, 2011).

Spinal anestesi adalah injeksi obat *anestesi* ke dalam ruang *intratekal* yang menghasilkan *analgesia*. Pemberian obat lokal *anestesi* ke dalam ruang *intratekal* atau ruang *subaraknoid* di *region lumbal* antara *vertebra L2-3, L3-4, L4-5* untuk menghasilkan *onset anestesi* yang cepat dengan derajat keberhasilan yang tinggi (Dunn, 2011).

b. *Indikasi spinal anestesi*

Indikasi *anestesi spinal* menurut Morgan (2011) adalah:

- 1) Untuk pembedahan bagian tubuh yang dipersarafi cabang *torakal 4* kebawah meliputi :
 - a) Bedah ekstremitas bawah, meliputi jaringan lemak, pembuluh darah dan tulang.
 - b) Daerah sekitar *rectum perineum* termasuk *anal, rectum* bawah dan dindingnya atau operasi pembedahan saluran kemih.
 - c) *Abdomen* bagian bawah dan dindingnya atau operasi *intra peritoneal*.
 - d) *Abdomen* bagian atas termasuk *cholecystectomy, penutupan ulkus gastrikus* dan *transfer colostomy*.
- 2) *Obstetric, vaginal delivery* dan *sectio caesarea*.

c. Kontraindikasi *spinal anestesi*

Kontra indikasi mutlak *spinal anestesi* meliputi infeksi kulit pada tempat dilakukan *pungsi lumbal*, *bakteremia*, *hypofolemia* berat (syok), *koagulopati*, dan peningkatan tekanan *intrakranial*. Sedangkan kontra indikasi *relatif* meliputi *neuropati*, *prior spine surgery*, nyeri punggung, penggunaan obat-obatan *preoperasi* golongan OAINS, *heparin subkutan* dosis rendah, dan pasien yang tidak stabil (Majid. dkk, 2011).

d. Komplikasi *spinal anestesi*

Menurut Nileshwar (2014) komplikasi *anestesi spinal* dibagi menjadi komplikasi dini dan komplikasi lanjut.

1) Komplikasi dini

Menurut Morgan (2011), ada beberapa komplikasi dini yang dapat timbul akibat dari tindakan *anestesi spinal*, antara lain:

a) Perubahan sirkulasi

(1) *Hipotensi*

Tekanan darah yang turun setelah *anestesi spinal* sering terjadi. Biasanya terjadinya pada 15 menit pertama setelah suntikan, sehingga tekanan darah perlu diukur setiap 15 menit pertama setelah suntikan, sehingga tekanan darah perlu diukur setiap 3 menit selama periode ini. Jika tekanan darah *sistolik* turun dibawah 75 mmHg (10 kPa), atau terdapat gejala-gejala

penurunan tekanan darah, maka kita harus bertindak cepat untuk menghindari cedera pada ginjal, jantung dan otak. *Hipotensi* terjadi karena *vasodilatasi*, akibat *blok simpatis*, makin tinggi *blok* makin berat *hipotensi*. Pencegahan *hipotensi* dilakukan dengan memberikan infus cairan *kristaloid* (*NaCl*, *Ringer laktat*) secara cepat segera setelah penyuntikan *anestesi spinal* dan juga berikan oksigen. Bila dengan cairan infus cepat tersebut masih terjadi *hipotensi* harus diobati dengan *vasopressor* seperti *efedrin* 15-25 mg *intramuskular*. Jarang terjadi, blok spinal total dengan *anestesi* dan *paralisis* seluruh tubuh. Pada kasus demikian, kita harus melakukan *intubasi* dan melakukan ventilasi paru, serta berikan penanganan seperti pada *hipotensi* berat. Dengan cara ini, biasanya *blok spinal* total dapat diatasi dalam 2 jam.

(2) Blok *spinal* tinggi

Blok *spinal* tinggi merupakan komplikasi yang sangat menakutkan, karena dapat terjadi karena obat *anestesi* dapat mencapai *cranium* dan akan menimbulkan *paralisis* total. Biasanya dapat diketahui dari tanda berikut ini: penurunan kesadaran yang terjadi

secara tiba-tiba, *apnea*, *hipotensi* berat, dan dilatasi pupil.

(3) *Bradikardi*

Bradikardi dapat terjadi karena aliran darah balik berkurang atau karena *blok simpatis*, jika denyut jantung di bawah 65 kali per menit, berikan *atropin* 0,25 mg *intravena*.

b) Perubahan *respirasi*

(1) Analisa gas darah cukup memuaskan pada *blok spinal* tinggi, bila fungsi paru-paru normal.

(2) Penderita PPOM atau COPD merupakan kontra indikasi untuk *blok spinal* tinggi.

(3) *Apnea* dapat disebabkan karena *blok spinal* yang terlalu tinggi atau karena *hipotensi* berat dan *iskemia medulla*.

(4) Tanda-tanda ketidakadekuatan pernafasan antara lain, kesulitan bicara, batuk kering yang persisten, sesak nafas, perlu ditangani dengan pernafasan buatan.

c) Perubahan *gastrointestinal*

Nausea karena *hipotensi*, *hipoksia*, *tonus parasimpatis* berlebihan, *reflek* karena *traksi* pada *traktus gastrointestinal* serta komplikasi *delayed*, pusing kepala *pasca pungsi lumbal* merupakan nyeri kepala dengan ciri khas terasa lebih berat pada perubahan posisi dari tidur ke

posisi tegak. Mulai terasa pada 24-48 jam *pasca pungsi lumbal*, dengan kekerapan yang bervariasi. Pada orang tua lebih jarang dan pada kehamilan meningkat.

2) Komplikasi lanjut

Komplikasi lanjut yang muncul pada tindakan setelah operasi *sectio caesarea* akibat *insisi* oleh robekan jaringan dinding perut dan dinding *uterus* dapat menyebabkan terjadinya perubahan *kontinuitas* sehingga ibu merasa nyeri karena adanya pembedahan (Asamoah, 2011).

e. Persiapan pasien

Pasien sebelum diberi tindakan operasi penting untuk diberi informasi tentang tindakan ini (*informed consent*). Informasi yang diberikan meliputi pentingnya tindakan *anestesi spinal* dan komplikasi yang mungkin terjadi. Pemeriksaan fisik juga penting untuk dilakukan, pemeriksaan meliputi daerah kulit tempat penyuntikan untuk menyingkirkan adanya kontraindikasi seperti infeksi. Perhatikan juga adanya *scoliosis* atau *kifosis*. Pemeriksaan laboratorium yang perlu dilakukan adalah penilaian *hematokrit*. Masa *protrombin* (PT) dan masa *tromboplastin parsial* (PTT) dilakukan bila diduga terdapat gangguan pembekuan darah (Keat, 2013).

3. Konsep nyeri

a. Definisi nyeri

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual dan potensial. Nyeri merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang terkait dengan kerusakan jaringan yang nyata atau ancaman kerusakan jaringan, atau sensasi yang tergambar pada kerusakan jaringan tersebut (Pramono, 2015). Nyeri pada pasien *post sectio caesarea* akan timbul dan dirasakan setelah efek *spinal anestesi* hilang yaitu kurang lebih 2-3 jam setelah obat *spinal anestesi* diberikan. Nyeri sangat mengganggu dan menyulitkan banyak orang dibanding suatu penyakit manapun (Smeltzer, 2010).

b. Mekanisme nyeri

Mekanisme nyeri menurut Mangku (2010), nyeri timbul akibat adanya rangsang oleh zat-zat algesik pada reseptor nyeri yang banyak dijumpai pada lapisan superfisial kulit dan pada beberapa jaringan di dalam tubuh, seperti *periosteum*, permukaan tubuh, otot rangka, dan *pulpa* gigi. Reseptor nyeri merupakan ujung-ujung bebas serat saraf *afferent A delta* dan C. Reseptor-reseptor ini diaktifkan oleh adanya rangsang-rangsang dengan intensitas tinggi, misalnya berupa rangsang ternal, mekanik, elektrik atau rangsang kimiawi. Zat-zat analgesik yang akan mengaktifkan reseptor nyeri adalah ion

K, H, asam laktat, *serotonin*, *bradikinin*, *histamine*, dan *prostaglandin*. Reseptor-reseptor nyeri yang telah diaktifkan oleh zat algesik tersebut, selanjutnya impuls nyeri akan disalurkan ke sentral melalui beberapa saluran saraf. Rangkaian proses yang menyertai antara kerusakan jaringan (sebagai sumber stimulus nyeri) sampai dirasakannya persepsi nyeri adalah suatu proses elektro-fisiologik, yang disebut sebagai *nosisepsi*. Ada 4 proses yang jelas yang terjadi mengikuti suatu proses elektro-fisiologik *nosisepsi*, yaitu:

- 1) *Transduksi*, merupakan proses stimulus nyeri yang diterjemahkan atau diubah menjadi suatu aktivitas listrik pada ujung-ujung saraf.
- 2) *Transmisi*, merupakan proses penyaluran impuls melalui saraf sensoris menyusul proses *transduksi*. Impuls ini akan disalurkan oleh serabut saraf A *delta* dan serabut saraf C sebagai *neuron* pertama dari perifer ke *medulla spinalis*.
- 3) *Modulasi*, adalah proses interaksi antara sistem *analgesic endogen* dengan impuls nyeri yang masuk ke *kornu posterior medulla spinalis*. Sistem *analgesik endogen* meliputi *enkefalin*, *endorphin*, *serotonin*, dan *noradrenalin* yang mempunyai efek menekan impuls nyeri pada *kornu posterior medulla spinalis*. Dengan demikian *kornu posterior* diibaratkan sebagai pintu gerbang nyeri yang bisa tertutup atau terbuka untuk menyalurkan impuls nyeri. Proses tertutupnya atau terbukanya

pintu nyeri tersebut diperankan oleh sistem *analgesik endogen* tersebut.

- 4) *Persepsi* adalah hasil akhir dari proses interaksi yang kompleks dan unik yang dimulai dari proses *transduksi*, *transmisi*, dan *modulasi* yang pada gilirannya menghasilkan suatu perasaan yang subjektif yang dikenal sebagai persepsi nyeri

c. Faktor predisposisi nyeri

Rasa nyeri merupakan suatu hal yang kompleks, mencakup respon fisiologis, social, spiritual, psikologis, dan budaya. Oleh karena itu, pengalaman nyeri masing-masing individu adalah berbeda (Prasetyo, 2010). Menurut (Prasetyo, 2010) faktor predisposisi nyeri adalah :

1) Usia

Usia merupakan variabel yang paling penting dalam mempengaruhi nyeri pada individu. Nyeri dapat mempengaruhi nyeri pada bayi sampai dengan lansia. Semakin bertambah usia seseorang, maka respon terhadap nyeri akan menurun (Prasetyo, 2010).

Perbedaan perkembangan ditemukan antara anak kecil dan dewasa. Pada anak kecil, mereka belum bisa mempersepsikan nyeri yang terjadi, pada orang dewasa nyeri akan dirasakan apabila sudah terjadi kerusakan pada fungsi, dan pada lansia nyeri dianggap sebagai proses penuaan yang dapat diabaikan.

Normalnya nyeri hebat yang dirasakan oleh lansia dianggap sebagai nyeri ringan oleh lansia (Potter & Perry, 2010).

2) Jenis kelamin

Secara umum pria dan wanita tidak berbeda secara signifikan dalam berespon terhadap nyeri. Hanya beberapa budaya yang menganggap bahwa seorang anak laki-laki harus lebih berani dan tidak boleh menangis dibandingkan anak perempuan dalam situasi yang sama ketika merasakan nyeri. Berdasarkan penelitian respon nyeri wanita lebih besar dibandingkan dengan pria (Prasetyo, 2010).

3) Kebudayaan

Nyeri terjadi berdasarkan asumsi dari kebudayaan yang dianut. Banyak yang berasumsi bahwa cara berespon pada setiap individu dalam masalah nyeri adalah sama, sehingga mencoba mengira bagaimana pasien berespon terhadap nyeri. Tetapi pada kenyataannya respon terhadap nyeri seseorang berbeda-beda (Prasetyo, 2010).

4) Makna nyeri

Makna nyeri pada seseorang mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri. Individu akan mempersepsikan nyeri berdasarkan cara mereka sendiri (Prasetyo, 2010).

5) Lokasi dan tingkat keparahan nyeri

Nyeri yang dirasakan sangat bervariasi, tergantung terhadap tingkat keparahan nyeri yang terjadi pada masing-masing individu (Prasetyo, 2010).

6) Perhatian

Tingkat perhatian seseorang terhadap nyeri akan mempengaruhi persepsi nyeri. Perhatian dan respon nyeri memiliki hubungan yang sama, sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan penurunan intensitas nyeri (Prasetyo, 2010).

7) *Anxietas* (kecemasan)

Hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks, ansietas yang dirasakan seseorang seringkali meningkatkan persepsi nyeri, akan tetapi nyeri juga akan menimbulkan ansietas. Sehingga memiliki hubungan yang sama (Prasetyo, 2010).

8) Kelelahan

Kelelahan yang dirasakan seseorang akan meningkatkan sensasi nyeri dan menurunkan kemampuan coping individu (Prasetyo, 2010).

9) Pengalaman sebelumnya

Seseorang yang terbiasa merasakan nyeri akan lebih siap dan mudah mengantisipasi nyeri daripada individu yang belum

pernah mempunyai pengalaman tentang nyeri/belum pernah mengalami nyeri (Prasetyo, 2010).

10) Dukungan keluarga dan sosial

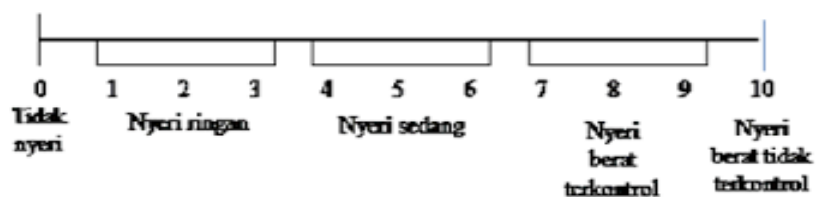
Individu yang mengalami nyeri sering kali membutuhkan dorongan semangat, bantuan, perlindungan, dukungan dari orang terdekat atau keluarga. Walaupun rasa nyeri masih dirasakan oleh klien, tetapi kehadiran keluarga dan orang terdekat mampu meminimalkan rasa nyeri yang terjadi (Prasetyo, 2010).

d. Alat pengukur nyeri

Menurut Mangku & Senapathi (2010), berbagai cara untuk mengukur derajat nyeri, cara sederhana dengan menentukan derajat nyeri dengan menggunakan *Numerical Rating Scale* (NRS). *Numerical Rating Scale* (NRS) sebuah alat ukur skala nyeri yang terdiri dari garis horizontal yang dibagi secara rata menjadi 10 segmen dengan nomor 0 sampai 10. Pasien diberitahu bahwa 0 menyatakan “tidak ada nyeri sama sekali” dan 10 menyatakan “nyeri paling parah yang mereka dapat bayangkan”. Pasien kemudian diminta untuk menandai angka yang menurut mereka paling tepat dan dapat menjelaskan tingkat nyeri yang mereka rasakan pada suatu waktu. *Numeric Rating Scale* (NRS) telah teruji validitas dan reliabilitasnya diterbitkan oleh *National Prescribing Service Limited* (2007) termasuk didalam alat ukur penilaian nyeri yang sudah

tervalidasi. Dalam *Assessment Pain British Journal of Anaesthesia* (2008), *Numerical Rating Scale* (NRS) memiliki 'kemampuan' lebih untuk mendeteksi perubahan intensitas nyeri dibandingkan dengan skala penilaian kategori lisan (*Verbal Categorical Rating Scale*). Dalam penelitian Hawker, dkk (2011) dikatakan bahwa pada uji validitas skala nyeri *Numeric Rating Scale* (NRS) menunjukkan $r = > 0,86$ sedangkan mengenai hasil uji reliabilitas *Numeric Rating Scale* (NRS) dengan menggunakan *testretest* didapatkan hasil $r = > 0,96$ ($r > 0,70$).

Numerical Rating Scale (NRS) memiliki keunggulan yakni berfungsi 'terbaik' untuk pasien dengan perasaan subyektif terhadap rasa nyeri yang dirasakan saat sekarang. Pada sebuah penelitian yang menggunakan rekaman secara simultan intensitas nyeri pada *Visual Analogue Scale* (VAS), *Numerical Rating Scale* (NRS), dan *Face Rating Scale* (FRS) dengan melibatkan sejumlah pasien dalam skala besar menunjukkan bahwa *Numerical Rating Scale* (NRS) lebih unggul dibandingkan *Visual Analogue Scale* (VAS) dan *Face Rating Scale* (FRS). Berdasarkan data penelitian yang dilakukan untuk membandingkan penggunaan instrumen penilaian nyeri VAS, NRS, dan VRS diperoleh hasil bahwa instrumen VAS dan NRS memberikan hasil yang hampir identik pada pasien yang sama, waktu yang bervariasi atau berbeda-beda setelah proses pembedahan.



Gambar 1. *Numeric Rating Scale*

(Sumber Agus, 2020)

Kriteria nyeri dapat dibedakan menjadi berikut, skala 0 menunjukkan tidak ada nyeri yang dialami. Skala 1-3 menunjukkan nyeri ringan dimana secara objektif, klien masih dapat berkomunikasi dengan baik dan nyeri hanya sedikit dirasakan. Skala 4-6 menunjukkan nyeri sedang dimana secara objektif, klien mendesis, menyeringai dengan menunjukkan lokasi nyeri, klien dapat mendeskripsikan rasa nyeri, dan dapat mengikuti perintah, dan nyeri masih dapat dikurangi dengan alih posisi. Skala 7-10 : menunjukkan nyeri berat dimana klien sudah tidak dapat mengikuti perintah, namun masih dapat menunjukkan lokasi nyeri dan masih respon terhadap tindakan dan nyeri sudah tidak dapat dikurangi dengan alih posisi.

Skala penilaian numerik lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsian kata. Dalam hal ini, klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala ini paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan sesudah intervensi (Andarmoyo, 2013).

e. Penanganan nyeri

1) Manajemen penanganan nyeri *farmakologi*

Pendekatan ini diseleksi berdasarkan kebutuhan dan tujuan pasien secara individu. Analgesik merupakan metode penanganan nyeri yang paling umum dan sangat efektif. Penggunaan obat-obatan analgesik untuk penanganan nyeri dapat menimbulkan beberapa efek samping, antara lain mempengaruhi terhadap organ karena obat diabsorpsi di hati dan ginjal, selain itu penggunaan analgesik secara terus menerus juga dapat mengakibatkan kecanduan, hal tersebut dikemukakan oleh Kusmiran, dkk (2014).

Berikut jenis-jenis analgesik, yaitu:

- a) *Non-opioid* mencakup *asetaminofen* dan obat *antiinflammatory drug/NSAID*.
- b) *Opioid* : secara tradisional dikenal dengan narkotik.
- c) Tambahan/pelengkap/*koanalgesik (adjuvant)*: variasi dari pengobatan yang meningkatkan analgesik atau memiliki kandungan analgesik yang semula tidak diketahui (Potter & Perry, 2009).

2) Manajemen penanganan nyeri *non-farmakologi*

Menurut Kneale (2011) terapi *non farmakologis* yang sering dilakukan antara lain:

a) Terapi berbasis suhu

(1) Panas, berguna untuk meredakan nyeri punggung, nyeri *abdomen*, tetapi tidak dianjurkan diberikan setelah cedera terjadi karena akan meningkatkan pembengkakan.

(2) Dingin, berfungsi untuk mengurangi respon *inflamasi* pada beberapa kondisi akut.

b) Stimulasi saraf listrik *transkutaneus*

Terapi berbasis listrik, yang dihubungkan dengan elektroda yang dipasang pada kulit klien.

c) Akupuntur

Akupuntur merupakan pengobatan yang berasal dari Cina. Pengobatan ini menggunakan jarum halus yang diletakkan pada aliran energi. Akupuntur menimbulkan nyeri dan merangsang pelepasan *endorphine* sehingga dapat meningkatkan efek analgesik.

d) Informasi

Pemberian informasi merupakan aspek penting dalam penatalaksanaan nyeri. Ansietas terjadi disebabkan karena kurangnya informasi. Padahal ansietas sangat berpengaruh terhadap nyeri. Pada penatalaksanaan nyeri pemberian informasi dapat mempengaruhi pandangan pasien yang salah mengenai masalah nyeri yang terjadi.

e) Distraksi

Metode ini membawa pikiran pasien keluar dari nyerinya. Fokus perhatian dialihkan kepada stimulus dan menghilangkan nyeri. Pada anak-anak proses pengalihan stimulus dapat dilakukan dengan cara bermain, cara ini paling efektif yang dapat dilakukan, sedangkan pada orang dewasa pengalihan stimulus nyeri dengan menfokuskan pada hal yang membuat seseorang tersebut senang sehingga akan menjadi rileks dan rasa nyeri yang dialami semakin lama akan menghilang.

f) Pemberian aromaterapi

Aromaterapi berfungsi untuk mempengaruhi emosi seseorang. Sari minyak yang terkandung dalam aromaterapi dapat mengurangi stress, melancarkan sirkulasi darah, meredakan nyeri, dll. Aromaterapi mempengaruhi sistem limbik di otak yang mempengaruhi emosi, suasana hati, dan memori, untuk menghasilkan neuro hormon di *endorphin* dan *encephalin* yang berfungsi untuk menghilangkan rasa sakit.

g) Terapi kognitif

Terapi ini berfokus pada koping kognitif.

h) Relaksasi

Relaksasi dapat memutuskan hubungan antara nyeri, tegangan otot, rangsangan otonom yang berlebih, dan ansietas. Teknik relaksasi yang mudah diterapkan adalah terapi relaksasi otot progresif. Relaksasi otot ini berfokus pada sekelompok otot, membuat pasien dapat merelaksasikan tubuhnya setiap saat.

4. Terapi relaksasi otot progresif

a. Pengertian

Relaksasi progresif adalah memusatkan suatu perhatian pada aktivitas otot dengan memfokuskan kepada otot yang tegang kemudian menurunkan ketegangan melalui relaksasi. Relaksasi progresif merupakan kombinasi latihan pernapasan dalam dengan rangkaian relaksasi otot. Relaksasi progresif merupakan teknik relaksasi otot dalam yang memerlukan imajinasi dan sugesti (Ani, 2011). Menurut Ani (2011) Terapi relaksasi otot progresif adalah salah satu teknik yang khusus didesain untuk membantu meredakan ketegangan otot yang terjadi ketika sadar. Relaksasi otot progresif ini digunakan untuk melawan rasa cemas, stress, nyeri atau tegang. Dengan menegangkan dan melemaskan beberapa kelompok otot dan sensasi tegang dan rileks, seseorang bisa menghilangkan kontraksi otot dan mengalami rasa rileks (Indriana, 2014).

Menurut Herodes (2010) dalam (Setyoadi 2011 dan Alfi 2020), teknik relaksasi otot progresif adalah teknik relaksasi otot dalam yang tidak memerlukan imajinasi tetapi hanya memusatkan perhatian pada suatu aktivitas otot dengan mengidentifikasi otot yang tegang kemudian menurunkan ketegangan sehingga mendapatkan perasaan relaks. Teknik ini memaksa individu untuk berkonsentrasi pada ketegangan ototnya dan kemudian melatihnya untuk relaks.

b. Tujuan relaksasi progresif

Menurut Setyoadi & Kushariyadi (2011), tujuan dari teknik ini adalah untuk :

- 1) Menurunkan ketegangan otot, nyeri punggung, nyeri leher, hipertensi, dan laju metabolik.
- 2) Mengurangi kebutuhan oksigen.
- 3) Meningkatkan gelombang *alfa* otak, sehingga klien tidak berfokus kepada perhatian.
- 4) Meningkatkan kebugaran, dan konsentrasi.
- 5) Memperbaiki kemampuan untuk mengatasi stress.
- 6) Mengatasi kesusahan tidur.
- 7) Membangun emosi yang positif.

c. Manfaat relaksasi progresif

Menurut David (2008) Relaksasi progresif memberikan hasil yang memuaskan dalam program terapi terhadap ketegangan otot, menurunkan kecemasan, depresi, memperbaiki fasilitas jam tidur,

kram otot, nyeri leher, punggung, menurunkan hipertensi, dan meningkatkan konsentrasi. Keadaan klien yang memiliki ketegangan otot yang cukup tinggi membuat ketidaknyamanan terjadi, sehingga perlu adanya terapi relaksasi progresif.

Manfaat dari teknik relaksasi otot progresif adalah untuk mengurangi ketegangan otot dengan mengontraksikan dan merelaksasikan sekelompok otot tertentu. Selain itu, teknik ini berguna membantu melepaskan tingkat ketegangan yang memuncak dalam aktivitas keseharian yang membuat stress (Ani, 2011)

Menurut Martha (2012) di buku *The Relaxation & Stress Reduction* ditemukan hasil bahwa teknik relaksasi otot progresif digunakan untuk perawatan mengurangi ketegangan otot, kecemasan, depresi, kelelahan, insomnia, sakit leher dan punggung, tekanan darah tinggi, fobia ringan, dan gagap.

d. Prinsip kerja relaksasi progresif

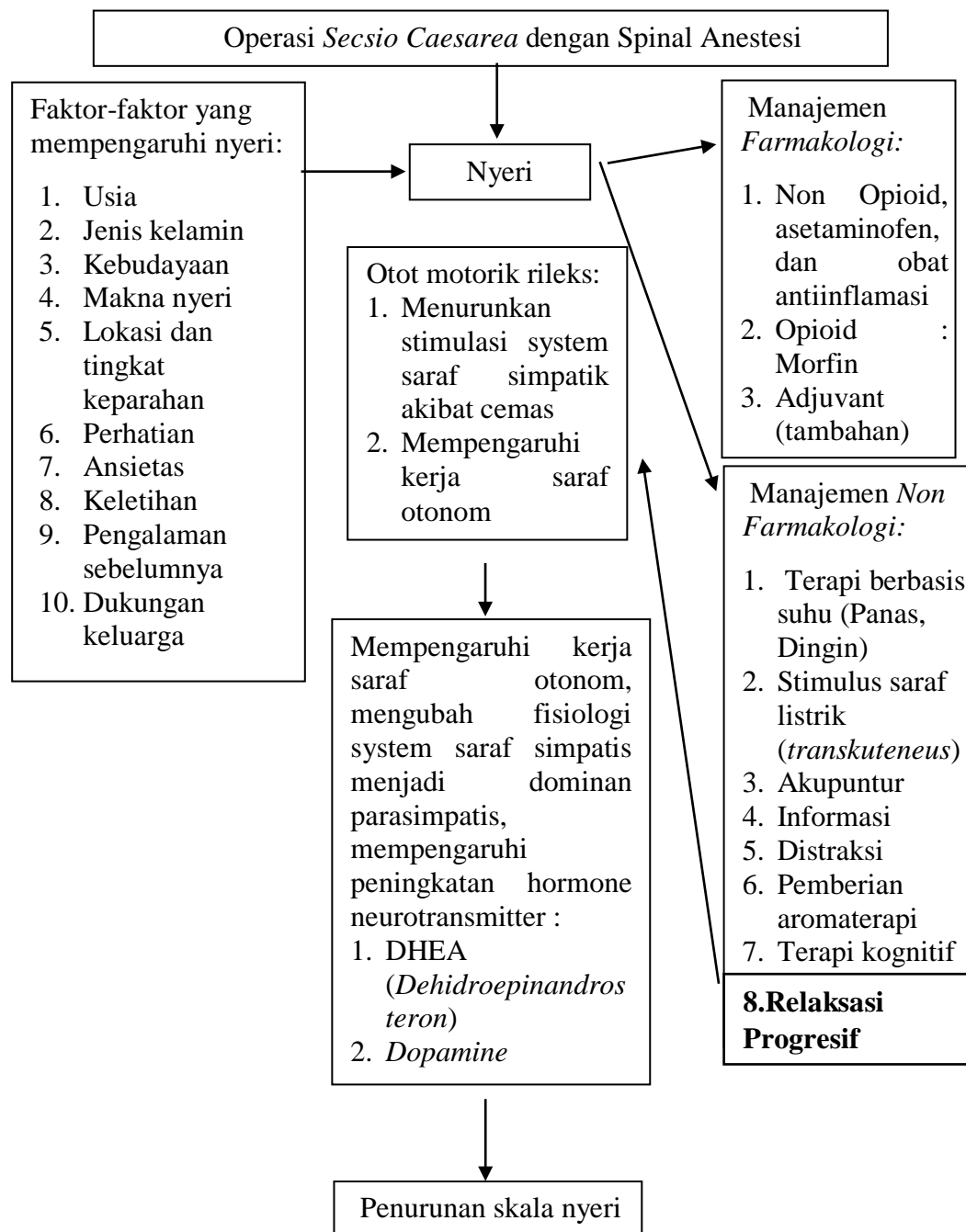
Menurut McGuidan & Lehrer (2007) dalam melakukan relaksasi progresif hal terpenting yang harus dikenali adalah ketegangan otot yang terjadi, ketika otot berkontraksi maka rangsangan akan disalurkan ke otak melalui syaraf *afferent*. Relaksasi adalah pemanjangan dari serat otot yang dapat menghilangkan ketegangan. Setelah mengidentifikasi sensasi tegang, maka perasaan relaks akan terjadi. Hal tersebut merupakan sebuah

prosedur umum untuk mengidentifikasi lokalisasi, relaksasi, dan merasakan ketegangan dari serat otot.

e. Patofisiologi relaksasi progresif

Relaksasi otot progresif bekerja melalui mekanisme yaitu membuat rileks otot motorik sehingga memberi dampak pada berkurangnya gejala kecemasan yang ditimbulkan dari respon stimulasi sistem saraf simpatik akibat cemas. Perubahan yang terjadi selama relaksasi mempengaruhi kerja saraf otonom sehingga mengubah fisiologi sistem saraf simpatis menjadi dominan parasimpatis. Keadaan ini akan berpengaruh terhadap meningkatnya hormon parasimpatis serta *neurotransmitter* seperti DHEA (*Dehydroepinandrosteron*) dan *dopamine* (Casey & Benson, 2011)

B. Kerangka Teori Penelitian



Gambar 2. Kerangka Teori Penelitian

Sumber : Potter & Perry (2009), Prasetyo (2010), Kneale (2011), Casey & Benson (2011)

C. Kerangka Konsep Penelitian

Pada penelitian ini, kerangka konsep yang diambil oleh peneliti adalah sebagai berikut :



Gambar 3. Kerangka Konsep Penelitian

D. Hipotesis Penelitian

Hipotesis dalam penelitian ini adalah :

1. Ha :

Ada pengaruh terapi relaksasi progresif terhadap penurunan skala nyeri pada pasien *post secsio caesarea*.

2. Ho :

Tidak ada pengaruh terapi relaksasi progresif terhadap penurunan skala nyeri pada pasien *post secsio caesarea*.